

以急性下消化道大出血为首发表现的小肠重复畸形1例

曲文超 吴学东 赵红岩 盛盼 刘庆文

(大理学院附属医院小儿外科,云南 大理 671000)

[中图分类号] R726.2 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2010)01-0073-01

患儿,女,1岁,因解暗红色血便1次入院。入院前一晚无明显诱因解暗红色血便1次,量中等。无呕吐、无阵发性哭闹。1个月前因类似血便史住院治疗。查体:T 36.2℃,P 156次/min,R 32次/min。生长发育正常,神志清,中度贫血貌,双肺呼吸音稍粗,未闻及干湿罗音。心尖区闻及2/6级收缩期吹风样杂音。腹软,无压痛、反跳痛,肝于肋下1.5 cm可触及,质软,未触及明显包块。大便隐血实验阳性,Hb 107 g/L,腹部平片和B超均未发现异常。临床诊断为下消化道出血并中度营养性贫血。入院第1天内解血便2次,每次量约20~30 mL,经止血、输血、营养支持及对症支持治疗症状无好转,复查Hb 67 g/L,PLT $173 \times 10^9/L$,PT 12.6 s, PTR 1.01, INR 0.98, APTT 30.8 s, TT 12.7 s, FIB 2.08 g/L。考虑出血原因可能为小肠憩室或肠血管畸形出血,转小儿外科急诊行剖腹探查术。

术中见结肠扩张,其内有暗紫色积血。探查全部小肠未见憩室,但空肠末端见肠系膜4 cm×3 cm×3 cm的囊肿,其近端肠管均未见异常,囊肿局部及远端肠腔内有积血,血迹部位切开两处小肠探查可见肠腔内有血凝块,但未找到出血点,尽管囊肿和肠腔并无沟通,仍初步确定囊肿部位即出血所在,遂切除囊肿及相应肠管送检。手术诊断为肠系膜囊肿。术后36 h解少量黑便,48 h开始解少量棕黄色便,量中等。切口I期愈合,术后5 d出院。病检报告囊肿壁为四层结构,其固有层中见大量胃体腺,粘膜层及浆膜层中淋巴细胞、中性粒细胞浸润,符合肠重复畸形(囊肿型)。出院诊断为小肠重复畸形并急性下消化道大出血。随访2个月未再解血便,患儿体重增加。

讨论:便血是胃肠道出血的常见症状,可发生于任何年龄,病因较复杂,以下消化道出血常见,多可经内科治疗而止血,出血量多者可致失血性休克甚至死亡。下消化道大出血除血液病、凝血功能异常

或应激因素外,多与先天性疾病有关,明确诊断较困难。美克尔憩室、急性肠套叠、肠道息肉、消化道重复畸形或急性出血性坏死性肠炎等是小儿下消化道出血的常见原因^[1]。通过纤维结肠镜、选择性腹腔动脉造影、腹部同位素扫描或放射性核素等检查可对大部分病例明确出血部位和原因,但出血量大没有足够时间进行检查或没有检查条件的医院,经严格内科治疗不能止血时,须及时手术探查来明确诊断、及时治疗和挽救生命。

本例患儿在本次入院前有便血史,经严格内科治疗仍反复出血。入院1 d内,Hb即由107 g/L下降至67 g/L,说明不仅有活动性出血而且出血量大,因此及时手术探查和止血尤为重要。术中证实空肠系膜有一囊肿,切开肠管见肠管和囊肿无沟通,不能明确出血部位,但行囊肿和相应肠管切除达到了止血和治疗的目的。术后病检报告为囊肿型肠重复畸形,囊肿内大量胃体腺,说明存在胃粘膜异位。考虑术前大出血可能因与囊肿邻近的肠管同样存在胃粘膜异位而致,但经内科治疗使出血暂时停止,致术中未发现活动性出血点,且切除的肠管没做病检而不能做出明确诊断。但术后患儿转归说明,手术去除了病灶并达到治疗目的。

文献报道,肠重复畸形尤其是同时存在胃粘膜异位者常引起下消化道大出血,且多于婴儿期出现症状,但常因重复肠管所在的位置、性状、长度和粘膜分泌物的性质不同而异^[2]。通过本例的诊治提高了对肠重复畸形的认识,尽管在术中难以鉴别孤立的囊肿型重复畸形与肠系膜囊肿,但二者均以手术治疗为主。

[参 考 文 献]

- [1] 姚南,靳曙光. 小儿下消化道出血96例分析[J]. 临床小儿外科杂志,2007,6(5):73-74.
- [2] 张金哲,潘少川,黄澄如. 实用小儿外科学[M]. 杭州:浙江科学技术出版社,2003:717-719.

(本文编辑:王庆红)